Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

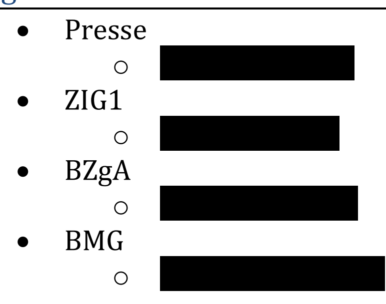
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*06.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]



- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.808.647 (+21.237), davon 36.537 Todesfälle (+1.019), 7-Tage-Inzidenz 127/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,61; 7-Tage-R=0,83: R-Wert deutlich unter 1 ○ Impfmonitoring: 316.962 (+44.563) geimpfte Personen ○ ITS: 5.678 (-66) ▪ leichter Rückgang, jedoch fast 37% versterben, keine Entwarnung, nach wie vor hoch ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichter Rückgang, aber alle BL auf hohem Niveau ▪ Höchste Inzidenzen in Sachsen und Thüringen, aber auch dort leichte Entspannung. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Kein Kreis mit Inzidenz > 500 ▪ 30 LK mit Inzidenz >250 - 500 Fälle ▪ nur 26 LK mit Inzidenz <= 50 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ Höchste Inzidenzen bei >80 Jährigen, rückläufig auf hohem Niveau ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 0-4 und 5-14 Jährigen ○ COVID-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ In letzten Kalenderwochen viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, mehr als in privaten Haushalten, weiterhin besorgniserregend. ▪ Liegt das evtl. daran, dass der Fokus der GA mehr auf Heimen und nicht auf Haushalten liegt? Nur bei einem kleinen Anteil der Fälle wird von GA ein Ausbruch angelegt, evtl. werden nicht alle Ausbrüche in privaten Haushalten in Software erfasst. ▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung. ▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird. ▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird	 FG32 [redacted]

	immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung. ○ COVID-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung. ○ In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.	FG37
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ In KW 52 ist die Testzahl deutlich niedriger als in KW 51, in KW 53 nochmal deutlich niedriger. Positivenquote ist auf 16% in KW 53 gestiegen. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger. ○ Kein nennenswerter Rückstau von Proben	Abt. 3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil >16%. ○ Anteil nach Bundesland ▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen. Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Am häufigsten werden >=80 Jährige getestet. ▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten. ○ Abnahmeort ▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf >20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin. ○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Thüringen > 2 Tage von Abnahme bis zum Test ○ Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden. ○ Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? ▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests. ▪ [redacted] hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen.	FG37 [redacted]

	◦ Abnahmekapazitäten sind deutlich zurückgegangen, warum wurden trotz Krise so viele Arztpraxen über Weihnachten geschlossen? Funktionäre der kassenärztlichen Vereinigung scheinen die Krise nicht ernst genug zu nehmen. ◦ Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher. ◦ Wird von [redacted] in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt. ◦ [redacted]	
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ◦ Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle. ◦ ARE-Konsultationen ▪ Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten. ◦ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle bei >60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau. ▪ Bei >80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet. ▪ Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch. ▪ Altersverteilung: Jüngere sind deutlich seltener betroffen als in den Vorjahren, da weder Influenza noch RSV. Ist indirekter Effekt der allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung respiratorischer Erkrankungen. ◦ Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser. ▪ COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern. ▪ Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten.	FG36 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ◦ Bundesländertabelle ▪ Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensiv-medizinscher Behandlung. ▪ Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN. ▪ Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv. ◦ Regionale Kapazitätslage ▪ Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei >25%, in 3 BL bei >30% (BE, BB, SN). ▪ Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9 BL unterschreiten diese Grenze.	MF4 [redacted]

	▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen. ○ Zeitliche Entwicklung ▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen. ▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen. ▪ Freie IV-Kapazitäten sinken. ○ Prognosemodellierung ▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie) ▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene ▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster ▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen ○ Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? ▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal. ○ Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? ▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers. ○ Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freigehalten werden sollten. ○ Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? ▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebseinschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]

	• [redacted] **Presse** • Terminhinweise: am Samstag findet ein Town Hall Meeting für Ärzte und Apotheker mit [redacted] und dem PEI statt. • Am 14.01. findet eine RKI-Pressekonferenz statt. • Wird die Möglichkeit genutzt 6 statt 5 Impfdosen pro Einheit zu verimpfen? ○ Nach Kenntnis von [redacted] wird diese Möglichkeit zunehmend genutzt. ○ Keine Informationen dazu im Impfmonitoring. • Sehr unterschiedlich, wie mit verfügbaren Impfdosen umgegangen wird: Zum Teil werden Impfdosen für die 2. Impfungen vorgehalten, zum Teil wird alles verimpft und für die 2. Impfungen auf neue Lieferungen gewartet.	Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Beschlüsse vom 5.1. und Auswirkungen auf RKI ○ Bei molekularer Surveillance ist RKI konkret angesprochen. ○ Konzept, wie integrierte molekulare Surveillance im Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden. ○ Vorbereitungen bei MF1 laufen. Sequenzierung am RKI wird von 100 auf 200 pro Woche verdoppelt werden. Dafür soll eine Stichprobe an Laboren 5 Proben pro Woche ans RKI zur Sequenzierung schicken. ○ Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten. ○ Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken. ○ Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren. ○ Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen. ○ Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügung-stellung. ○ Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von [redacted] zirkuliert werden. ○ Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen. ○ Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo. *ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF [redacted], FG17*	Alle

	◦ Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll. ◦ Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht. ◦ Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote. ◦ Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft noch weitere Varianten dazu kommen werden. Nur mit einer Gesamtgenomanalyse können die Varianten entdeckt werden. Eine Zunahme von Varianten durch Impfung ist zu erwarten. *ToDo: Lagezentrum soll Beschlüsse vom 5.1. Punkt für Punkt durchgehen und überlegen, ob Konsequenzen für RKI entstehen. Falls ja, am Freitag Besprechung im Krisenstab.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** • Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management ◦ Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen. ◦ Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden. ◦ Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. [redacted] macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt. ◦ WHO hat eine Gruppe gebildet, die sich mit der Benennung der neuen Varianten befasst. Bis zur Entscheidung auf internationaler Ebene soll die B-Nomenklatur verwendet werden. ◦ Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage. • Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonen-management ◦ Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich. ◦ Wenn die Daten zum AstraZeneca Impfstoff verfügbar sind und keine Virusreduktion im relevanten Maß erreicht wird, muss nochmal überlegt werden, ob noch eine Aussage für alle Geimpften gemacht werden kann. ◦ Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt. ◦ Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden. [redacted]	FG36 [redacted]

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance ○ Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2. ○ Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen. ○ Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • [redacted]	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (hier) ○ Änderungen von FG14 wurden eingearbeitet, am Ende wurde ein Absatz zu bereits geimpftem Personal eingefügt. Hier kann ab 14 Tagen nach der 2. Impfung von einer ausreichenden Immunität ausgegangen werden. ○ Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekulardiagnostisch oder PCR verwendet werden. *ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung* • Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene? ○ Frage aus der AGI TK: Antigenscreening von med. Personal oder Berufspendlern ist kostenintensiv und aufwändig, können Genesene und Geimpfte freigestellt werden? Bitte um wissenschaftliche Einschätzung. ○ Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden. ○ Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden. ○ Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. [redacted] wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen.	FG37 [redacted] FG38 [redacted]

	○ Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden. • Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften ○ Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden. ○ Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
12	**Surveillance** • Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition. ○ [redacted] ○ Sollen Antigentests übermittelt werden? ○ Über [redacted]-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer? ○ Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt. ○ Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüber-wachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware. ○ [redacted]. ○ SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden. ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	